Les banques de données du Ministère de la Santé et des Services sociaux

1

données sur la clientèle hospitalière (med-écho)

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC BIBLIOTHÈQUE

Québec

87-06213/

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des systèmes d'information
Service diffusion et bureautique

LES BANQUES DE DONNÉES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1- Données sur la clientèle hospitalière (Med-Echo)

BIBLIOTHÈQUE
JUIL 17 1987
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

SEPTEMBRE 1986

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Avant-propos 5

Renseignements généraux sur le système

1- Nom du système..... 9
2- Description sommaire du système..... 9
3- Domaine des données..... 9
4- Le système recueille et traite les données depuis..... 9
5- Système encadré par une loi, une réglementation..... 10
6- Rôle des intervenants..... 10

Description du fichier-maître

1- Identification..... 15
2- Source de données..... 15
3- Fréquence des mises à jour..... 15
4- Description du contenu..... 15
   A) Unités de référence..... 15
   B) Liste des variables..... 16
5- Produits disponibles..... 17
6- Restriction d'utilisation..... 22
7- Avertissement aux utilisateurs..... 22

Annexe: Noms et définitions des variables présentes sur le fichier-maître..... 27

Formulaire "Abrégé admission/sortie" AH-101-P..... 46

AVANT-PROPOS

Le présent document constitue le premier numéro d'une série visant à faire connaître les banques de données du ministère de la Santé et des Services Sociaux. Il porte spécifiquement sur la banque de données Med-Echo, laquelle contient de multiples informations sur les hospitalisations dans les établissements québécois dispensant des soins hospitaliers de courte durée, y compris les soins infirmiers d'un jour.

Par la publication de cette série, la direction des Systèmes d'information désire augmenter l'accessibilité aux banques de données ministérielles et en faciliter l'interprétation des contenus. Nous souhaitons que ce premier volet du **Répertoire des banques de données du ministère de la Santé et des Services sociaux** soit d'une grande utilité à tous les usagers actuels et potentiels.

Le présent document a été réalisé sous la responsabilité de monsieur Jean Langevin, chef de la Division diffusion. Il est entièrement l'oeuvre de madame Nicole Lalonde, agente de recherche au sein de cette unité administrative. Des copies additionnelles sont disponibles sur demande auprès du service de Diffusion et bureautique au numéro: 643-6209.

THERESE MONIER
Chef du service de
Diffusion et bureautique

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE SYSTÈME

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE SYSTÈME

1. Nom du système

Données clientèle hospitalière.

2. Description sommaire du système

Le système a comme objectif principal, la cueillette de données sur les hospitalisations (y compris les soins infirmiers d'un jour) dans les établissements québécois dispensant des soins hospitaliers de courte durée.

Ce système sert de support, dans le domaine médico-hospitalier, à des fins de

- planification et contrôle
- évaluation des programmes
- gestion
- recherche.

3. Domaine des données

Hospitalisations (y compris les soins infirmiers d'un jour) dans les établissements québécois dispensant des soins hospitaliers de courte durée.

4. Le système recueille et traite les données depuis

- 1976: expérience pilote dans la région socio-sanitaire de Québec (03) avec 29 centres hospitaliers de soins de courte durée

- 1er avril 1980: généralisation du système à l'ensemble des établissements québécois dispensant des soins hospitaliers de courte durée
- septembre 1983: le système est extentionné aux soins infirmiers d'un jour.

5. Système encadré par une loi, une réglementation

- règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RRQ, CA-28, r.1) article 17.

- règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (décret 1320-84, 6 juin 1984) modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 27).

6. Rôle des intervenants

a) Gestion du système

Le Service de la gestion des systèmes ministériels, Division Med-Echo.

- Assure la validité des renseignements transmis par le centre hospitalier.

- Produit pour le centre hospitalier les rapports statistiques concernant la période terminée de même que les cumulatifs semi-annuels et annuels.

- Assure le fonctionnement efficace du système en vue de diminuer les délais et d'obtenir des données fiables et ce, par des interventions constantes auprès des établissements.

- Coordonne l'activité en ce qui concerne l'acquisition de données transmises sur support magnétique.
  Téléphone: (418) 643-2800

b) Maintenance du système

Le Service du développement est responsable de la maintenance du système, c'est-à-dire de la correction des anomalies dans le système s'il y a lieu, et de l'adaptation du système au niveau des besoins et des changements technologiques.
Téléphone: (418) 643-7963

c) Diffusion des données

Le Service de la diffusion et bureautique, Division diffusion

- Guide l'usager dans la définition de ses besoins et dans sa recherche de renseignements.

- Produit des tableaux statistiques selon les besoins spécifiques manifestés par les usagers.

- Fournit la documentation nécessaire à l'interprétation des tableaux produits.
  Téléphone: (418) 643-6209

DESCRIPTION DU FICHIER-MAÎTRE

DESCRIPTION DU FICHIER-MAÎTRE

1. Identification

Le fichier-maître Med-Echo contient les renseignements du formulaire "Abrégé admission/sortie" AH-101-P de même que certaines variables générées par le système. Les données sont disponibles à compter de 1980-81 et ce, jusqu'à l'année courante.

2. Source de données

Formulaire "Abrégé admission/sortie" AH-101-P. Pour chaque hospitalisation, un "Abrégé admission/sortie" est complété par le service des archives médicales des établissements participants.

3. Fréquence des mises à jour

- Hebdomadaire: sur le fichier de l'année courante et sur le fichier de l'année précédente.
- Chacun des centres hospitaliers participants expédie périodiquement au Service de la gestion des systèmes ministériels, Division Med-Echo, les formulaires complétés.

4. Description du contenu

a) Unités de référence:

Au temps

Année financière (1er avril-31 mars) se divisant en 13 périodes financières (selon la date de sortie).

Une période 14 permet la production cumulée de 13 périodes et une période 15 sert aux cumulés des six premiers mois de l'année financière. Il est à noter que les données sont disponibles pour n'importe quelle référence temporelle comprise à l'intérieur d'une année financière.

Population

Hospitalisations (y compris les soins infirmiers d'un jour) dans les établissements québécois dispensant des soins hospitaliers de courte durée.

Types d'unités de soins: courte durée (types 01 et 04), soins infirmiers d'un jour (type 27) et soins de longue durée (types 03 et 06).

Les données sur les soins de longue durée présentes dans la banque de données MED-ECHO sont partielles.

Découpages standards

Centre hospitalier
Municipalité
District de CLSC
Zone de département de santé communautaire (DSC)
Municipalité régionale de comté (MRC)
Région socio-sanitaire
Ensemble de la province

b) Liste des variables

Voir le formulaire "Abrégé admission/sortie" AH-101-P et les noms et définitions de variables aux pages 27 à 45.

c) Classifications ou tables utilisées

Périodes financières
Etablissements
Type d'établissement (provenance/destination)
RSS-DSC-CLSC
Codes municipaux
Codes d'accident (Classification internationale des maladies 9e révision)
Diagnostics (Classification internationle des maladies, 9e révision)
Diagnostics selon le regroupement D19
Diagnostics selon le regroupement D118
Services (normes en archives médicales)
Spécialités de médecin (corporation professionnelle des médecins)
Consultations
Actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (codification canadienne)
. Regroupement T18
. Regroupement T99
Techniques d'anesthésie
Anatomo-pathologie
Morphologie (Classification internationale des maladies, 9e révision)

5. Produits disponibles

Trois types de produits sont disponibles:

- données par centre hospitalier, par période financière
- données provinciales
- données par centre hospitalier, annuelles

Voici la liste détaillée de ces produits disponibles en date de septembre 1986.

DONNÉES PAR CENTRE HOSPITALIER, PAR PÉRIODE FINANCIÈRE

Destination des bénéficiaires	J55.100.S32
Provenance des bénéficiaires	J55.100.S34
Registre des transferts. Destination des bénéficiaires	J55.100.S36
Registre des transferts. Provenance des bénéficiaires	J55.100.S37
Statistique générale	J55.100.S41
Index service	J55.100.S46
Liste des décès	J55.100.S47
Index diagnostic	J55.100.S91
Index infection	J55.100.S92
Index complication	J55.100.S93
Liste complémentaire aux extrants	J55.100.S94
Index médecin	J55.100.S96
Index traitement	J55.100.S98

DONNÉES PROVINCIALES

Données sur les diagnostics (CIM-9) principaux et associés selon les séjours et le sexe (ordre de rubrique)	J55.T700.S01
Fréquence des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (classification canadienne) selon le sexe	J55.T700.S02
Répartition des départs selon le type d'admission par région de traitement	J55.T700.S10
Départs et séjours des bénéficiaires de soins de longue durée occupant un lit de courte durée, par région de traitement	J55.T700.S11
Distribution des accouchements, césariennes, naissances vivantes, mortinaissances, selon la région des centres hospitaliers	J55.T700.S15
Sommaire des départs selon les jours d'hospitalisation pour l'ensemble des types de soins	J55.T700.S17

DONNÉES PAR CENTRE HOSPITALIER, ANNUELLES

Fréquence des diagnostics (finals) par service et séjour selon le sexe	J55.T800.S19
Données sur les diagnostics (CIM-9) principaux et associés selon les séjours et le sexe (ordre de rubrique)	J55.T800.S20
Fréquence des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (classification canadienne) selon le sexe	J55.T800.S22
Nombre de départs et jours d'hospitalisation selon le lieu de résidence des bénéficiaires (RSS-DSC et municipalité)	J55.T800.S23
Liste des dossiers des nouveau-nés selon la masse avec données sur le séjour et le sexe	J55.T800.S24
Morphologie des tumeurs	J55.T800.S28
Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe	J55.T800.S29
Sommaire des départs par sexe, selon le regroupement "19" du diagnostic principal	J55.T800.S31
Sommaire des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux selon le regroupement "18" et le sexe	J55.T800.S33
Sommaire des départs et séjour moyen par sexe selon le regroupement "18" et le sexe	J55.T800.S36

Sommaire des départs selon le diagnostic principal (regroupements choisis)	J55.T800.S37
Sommaire de départs par service et département clinique pour les soins de courte durée seulement	J55.T800.S38
Sommaire des départs par service et département clinique selon les types de soins	J55.T800.S39
Sommaire des départs selon les jours d'hospitalisation pour l'ensemble des types de soins	J55.T800.S40

Il est également possible de produire des tabulations spéciales selon les besoins spécifiques manifestés par les usagers. Il s'agit d'adresser une demande à:

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des systèmes d'information
Service de la diffusion et bureautique
Division Diffusion
1279, boul. Charest ouest, 2e étage
Québec, (Québec), G1N 4K7
Tél: (418) 643-6209

Pour les productions de données courantes fournies aux établissements participant à Med-Echo, la procédure de diffusion actuelle demeure.

6. Restriction d'utilisation

Le fichier n'est pas nominatif. Les données sont donc accessibles à tous. Par contre, seul le centre hospitalier peut obtenir des informations sur ses propres numéros de dossier (par numéro de dossier).

7. Avertissement aux utilisateurs

La banque de données du système MED-ECHO a été créée à partir des renseignements transmis sur les formulaires AH-101-P, "abrégé admission/sortie", par les centres hospitaliers participants. Pour chaque hospitalisation, un "abrégé admission/sortie" est rempli. En conséquence, toutes les données contenues dans le fichier MED-ECHO sont basées sur les sorties. Un même bénéficiaire pouvant être hospitalisé plus d'une fois durant l'année concernée, le nombre de sorties est donc supérieur au nombre de bénéficiaires hospitalisé.

ANNEXE

Noms et définitions

des variables présentes

sur le fichier-maître

NOMS ET DÉFINITIONS DES VARIABLES

PRÉSENTES SUR LE FICHIER-MAITRE [1,2]

NOM DE LA VARIABLE	DÉFINITION
1. PÉRIODE	Identification de l'année et de la période financières de l'hospitalisation selon la date de sortie. L'année financière est divisée en 13 périodes débutant le premier avril de chaque année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. Une période commence toujours un dimanche (sauf pour la première) et se termine un samedi (sauf pour la dernière).
2. NUMÉRO D'ADMISSION	Numéro attribué par le centre hospitalier indiquant le rang d'admission des bénéficiaires pendant une année financière.

---

1. Les numéros précédant le "nom de la variable" correspondent à ceux inscrits dans les cases du formulaire "Abrégé admission/sortie" AH-101-P que vous trouverez sur la dernière page de ce document. Il s'agit en fait des renseignements qui sont saisis. Quant aux variables qui sont générées par informatique, vous en trouverez les noms et définitions à la suite des variables numérotées.

2. À moins d'avis contraire, les renseignements sont transmis par les établissements par obligation légale ou administrative. Si la transmission des renseignements est facultative, il sera indiqué dans la définition de la variable concernée que la donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.

3.	NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL DU BÉNÉFICIAIRE	Numéro permanent attribué par l'établissement, qui permet de regrouper pour un même individu, les informations sur ses hospitalisations ou ses visites.
4.	CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	Numéro de matricule (à 8 chiffres) attribué par l'Inspecteur général des institutions financières et utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le MSSS lors de la délivrance du permis.
5.	TYPE D'ÉTABLISSEMENT	Code identifiant dans quel secteur hospitalier le bénéficiaire a été traité, i.e. section des soins de courte durée, section des soins de longue durée, section des soins infirmiers d'un jour.
6.	TYPE D'ADMISSION	Indique le degré d'urgence de l'admission du bénéficiaire au centre hospitalier. Il sert aussi à catégoriser distinctement les cas d'obstétrique, les nouveau-nés (nés à l'établissement) et les cas de soins infirmiers d'un jour.
7.	ÉTAT CIVIL	État civil au moment de l'admission tel que déclaré par le bénéficiaire. Cette information est indispensable pour les autorisations d'autopsie. Un code spécial est réservé pour les centenaires.

8. DATE DE NAISSANCE	Date donnée par le bénéficiaire ou inscrite par le centre hospitalier dans le cas de nouveau-nés.
9. SEXE	Sexe du bénéficiaire selon l'enregistrement officiel.
10. CODE POSTAL DU BÉNÉFICIAIRE	Trois premières positions du code postal du bénéficiaire tel que fourni par la Société canadienne des postes.
11. CODE MUNICIPAL DU BÉNÉFICIAIRE	Code de la municipalité du domicile du bénéficiaire. MED-ECHO utilise la version à 5 chiffres depuis 1982.
12. LIEU DE NAISSANCE	Code de l'endroit où le bénéficiaire est né selon la nomenclature fournie par le Fichier des tumeurs.
13. RESPONSABILITÉ DU PAIEMENT	Indique à qui incombe le paiement du séjour à l'établissement.

14. DATE D'ACCIDENT

Lors d'une hospitalisation suite à un accident ou à une séquelle d'accident, la date dudit accident est indiquée en année, mois, jour.

15. CODE D'ACCIDENT 1

Selon la codification internationale CIM-9, identification de la cause extérieure responsable du traumatisme ou de l'effet subit par le bénéficiaire et à l'origine de son admission au centre hospitalier.

16. TYPE DE PROVENANCE

Endroit où se trouvait le bénéficiaire avant son admission, soit: domicile, CLSC, autre CH, etc.

17. CODE DE PROVENANCE

Code de l'installation d'où provient le bénéficiaire. Code à 8 chiffres attribué par l'Inspecteur général des institutions financières et utilisé comme numéro de permis d'exploitation.

18. DATE D'ADMISSION

Correspond à la date du premier jour où le bénéficiaire occupe un lit dressé au centre hospitalier. Pour un nouveau-né, né au centre hospitalier, la date d'admission est la même que la date de naissance.

19. DIAGNOSTIC D'ADMISSION

Selon la nomenclature CIM-9, problème perçu chez le bénéficiaire et nécessitant une hospitalisation. **Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.**

20- ÉTAT À L'ADMISSION

Indique si le bénéficiaire avait une infection au moment de l'admission. **Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.**

NOTE GÉNÉRALE SUR LA SECTION SERVICE

La section service comporte 4 éléments:

- le service
- le code du médecin responsable dans le service
- le nombre de jours dans le service
- le diagnostic final (diagnostic principal à compter de l'automne 1985) dans le service.

Cette section se répète 4 fois afin de permettre d'identifier:

- les transferts de service
- les transferts de médecin
- à l'intérieur d'un service les bénéficiaires de soins de longue durée occupant un lit de soins de courte durée.

NOM DE LA VARIABLE	DÉFINITION
21. SERVICE 1	Identification numérique du service hospitalier auquel est assigné le bénéficiaire. Le service est assigné selon les modalités établies par chaque centre hospitalier.
22. CODE DU MÉDECIN 1	Code anonyme identifiant, à l'intérieur d'un CH, le médecin responsable du bénéficiaire dans le service d'après sa spécialité médicale inscrite à la Corporation professionnelle des médecins.
23. NOMBRE DE JOURS 1	Nombre de jours durant lesquels le bénéficiaire a séjourné dans le service.
24. DIAGNOSTIC FINAL 1	Diagnostic déterminé par le médecin et considéré par lui comme étant la cause principale de l'hospitalisation. Il ne peut y avoir qu'un seul diagnostic final par service. Ce diagnostic est inscrit selon la codification CIM-9. A compter de l'automne 1985, le diagnostic principal remplace le diagnostic final. Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. Ce diagnostic est de façon générale étroitement lié à la raison de l'hospitalisation. Le système génère les regroupements D19 et D118.

25,29,33 SERVICE 2,3,4	Voir 21 Service 1
26,30,34 CODE DU MÉDECIN 2,3,4	Voir 22 - Code du médecin 1
27,31,35 NOMBRE DE JOURS 2,3,4	Voir 23 - Nombre de jours 1
28,32,36 DIAGNOSTIC FINAL 2,3,4	Voir 24 - Diagnostic final **Pour chacun des diagnostics finals, le système génère les regroupements D19 et D118.**
37-51 DIAGNOSTICS SECONDAIRES	Autres diagnostics (possibilité de 15) pour lesquels le bénéficiaire aurait reçu des traitements au cours de son hospitalisation. A l'automne 1985, le terme "diagnostics secondaires" est remplacé par "autres diagnostics et problèmes". Sont inscrites dans cette section, les affections, autres que la principale qui ont été traitées ou diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement. **Pour chacun des diagnostics secondaires, le système génère les regroupements D19 et D118.**

52-60
CONSULTATION

Possibilité de 9 consultations . Opinion écrite donnée par un médecin au sujet d'un bénéficiaire à la suite d'une requête écrite d'un autre médecin. La même définition s'applique pour les consultations des autres professionnels de la santé. **Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.**

NOTE GÉNÉRALE SUR LA SECTION TRAITEMENT

La section traitement concerne les actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux; elle regroupe 8 informations:

- code de l'acte
- nombre
- plaie post-opératoire (infectée ou non)
- code du médecin qui a fait l'acte
- date
- code de l'anesthésiste
- technique de l'anesthésie
- rapport de l'anatomo-pathologiste

Il y a possibilité d'inscrire 9 actes. Ils sont inscrits dans l'ordre dans lequel ils ont été pratiqués dans le temps. Si au cours d'un même temps opératoire plusieurs actes ont été effectués, l'acte principal sera inscrit en premier.

Les données de la section traitement permettent de différencier les traitements faits au bloc opératoire et hors bloc opératoire (voir code d'anesthésie).

NOM DE LA VARIABLE	DÉFINITION
61, 69, 77, 85, 93 101,109, 117, 125 TRAITEMENT	Terme général identifiant, selon la Codification canadienne, les actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux posés lors de l'hospitalisation d'un bénéficiaire. Il y a possibilité d'inscrire 9 traitements.
62, 70, 78, 86, 94 102, 110, 118, 126 NOMBRE DE TRAITEMENTS	Nombre de fois que le traitement correspondant a été répété.
63, 71, 79, 87, 95 103, 111, 119, 127 ÉTAT DE LA PLAIE	Infection post-opératoire acquise et classée par type d'intervention chirurgicale. Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.
64, 72, 80, 88, 96, 104, 112, 120, 128 CODE DU MÉDECIN (TRAITEMENT)	Code anonyme identifiant, à l'intérieur d'un établissement, le médecin qui a fait l'opération, selon la spécialité médicale.
65, 73, 81, 89, 97, 105, 113, 121, 129 DATE DU TRAITEMENT	Date, exprimée en mois et en jour, où le traitement a été effectué. Une date de traitement équivaut aussi à une visite au bloc opératoire ou à une intervention dans les statistiques médico-hospitalières, elle peut donc être répétée s'il y a eu deux visites au bloc opératoire au cours d'une même journée.

66, 74, 82, 90, 98
106, 114, 122, 130
CODE DE L'ANESTHÉSIO-LOGISTE

Code anonyme identifiant, à l'intérieur d'un établissement, le médecin qui a donné l'anesthésie selon sa spécialité.

67, 75, 83, 91, 99,
107, 115, 123, 131
TECHNIQUE D'ANESTHÉSIE

Code indiquant si l'acte posé a eu lieu au bloc ou hors bloc opératoire ainsi que le genre d'anesthésie utilisé au cours de cet acte.

68, 76, 84, 92, 100,
108, 116, 124, 132
ANATOMO-PATHOLOGIE

Code indiquant s'il y a eu tissu prélevé au cours d'une intervention, et d'après le rapport de l'anatomo-pathologiste si ce tissu était normal ou non. **Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.**

133, 136, 139
TOPOGRAPHIE

Le code de topographie indique le siège d'origine ou les métastases (tumeurs secondaires) du néoplasme. Ce ou ces codes ont déjà été inscrits en diagnostic final ou secondaire (code diagnostic selon CIM-9).

Il est à noter que trois informations sont toujours requises en présence d'un diagnostic de tumeur autre que bénigne:

- topographie (site)
- morphologie (M)
- dépistage (D).

134, 137, 140 MORPHOLOGIE	Identification du type histologique de la tumeur avec son comportement évolutif. Le code de morphologie est tiré de "La classification internationale des maladies pour l'oncologie" (CIMO) et est reproduite dans le manuel de CIM-9. Le code de comportement de la tumeur est intégré au code de morphologie. Il est inscrit en cinquième position du code.
135, 138, 141 DÉPISTAGE	Identification de la méthode utilisée pour diagnostiquer la tumeur.
142, 145 ÉTUDES SPÉCIALES	Section mise à la disposition des CH qui désirent conduire certaines études dans leur centre hospitalier. Les codes utilisés sont à la discrétion des centres hospitaliers. **Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.**
143, 144 CODE D'ACCIDENT (ACCIDENT EN COURS D'HOSPITALISATION)	Causes extérieures responsables de traumatismes en cours d'hospitalisation. Par accident, nous entendons un événement fortuit ou une circonstance particulière impliquant un bénéficiaire d'un établissement, qu'il en résulte ou non des circonstances fâcheuses. **Cette donnée est transmise selon les besoins du centre hospitalier.** La nomenclature utilisée est celle de CIM-9.

146. DÉCÈS TYPE

Classement du décès du bénéficiaire selon les types définis dans les "Normes en archives médicales":

- décès per-opératoire
- décès post-opératoire
- décès maternel
- autres décès
- décès néonatal précoce
- décès néonatal tardif.

147. DÉCÈS ± 48 HEURES

Situe le décès par rapport au moment de l'admission: dans les 48 heures suivant l'admission ou après 48 heures suivant l'admission.

148. AUTOPSIE

Indique si, lorsque décès, une autopsie a été faite et s'il y a eu ou non une enquête du coroner.

149. MORTINAISSANCE NOMBRE

Nombre de mort-nés, de 500 grammes et plus, relatif à la présente grossesse. Le mort-né n'ayant pas de dossier médical, les données concernant les mortinaissances sont inscrites sur le formulaire AH-101-P de la mère. Il est permis aussi d'utiliser le formulaire de la mère pour inscrire le ou les diagnostics de mortinaissance au niveau des diagnostics secondaires.

150. MORTINAISSANCE AUTOPSIE

Nombre de mort-nés sur lesquels on a pratiqué une autopsie.

151, 152, 153 MASSE A LA NAISSANCE

Pour le dossier de la mère: masse exprimée en kilogrammes du ou des produits de conception de plus de 200 grammes si naissance(s) vivante(s) et de plus de 500 grammes si mortinaissance(s). Sur le dossier de la mère on peut inscrire jusqu'à trois masses.

Pour le dossier du nouveau-né: masse du nouveau-né de 200 grammes et plus exprimée en kilogrammes.

154. DURÉE DE LA GESTATION

Evaluation du temps en nombre de semaines de la grossesse. Cette information doit apparaître sur le formulaire de la mère et du ou des nouveau-nés.

155. NUMÉRO DE DOSSIER DE LA MÈRE

Numéro de dossier de la mère du nouveau-né, né au centre hospitalier.

156. DATE DU CONGÉ

Date à laquelle le bénéficiaire a été autorisé à quitter le CH par le médecin traitant.

157. DATE DE SORTIE

Date effective de sortie du bénéficiaire exprimée en année, mois, jour.

158. JOURS DE CONGÉ TEMPORAIRE

Nombre de jours de congé temporaire (selon les règlements de la Loi sur les services de santé et de services sociaux).

159. SÉJOUR TOTAL

Nombre de jours durant lesquels le bénéficiaire a séjourné dans l'établissement incluant le jour d'admission mais excluant le jour de sortie.

160. TYPE DE DESTINATION

Lieu vers où le bénéficiaire est référé lors de la sortie selon une nomenclature propre à MED-ECHO. Un type de destination a été réservé pour les décès et les départs sans autorisation.

161. CODE DE DESTINATION

Code de l'installation où sera référé le bénéficiaire; c'est un code à 8 chiffres attribué par l'Inspecteur général des institutions financières et utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le MSSS lors de la délivrance du permis.

VARIABLES GÉNÉRÉES PAR INFORMATIQUE

RSS-DSC-CLSC DE L'ÉTABLISSEMENT	Identification numérique de la région socio-sanitaire et du département de santé communautaire sur lequel est situé le centre hospitalier. Quant au territoire de CLSC, aucun code ne lui est attribué.
CODE D'ÂGE ET ÂGE DU BÉNÉFICIAIRE	Âge du bénéficiaire au moment de l'admission au centre hospitalier; l'âge est exprimé en jours, semaines ou années.
RSS-DSC-CLSC DU BÉNÉFICIAIRE	Attribution numérique de la région du département de santé communautaire et du centre local de services communautaires auquel appartient le bénéficiaire. Données générées à partir du code municipal et du code postal du bénéficiaire.
REGROUPEMENT D19 (DIAGNOSTIC)	Groupe auquel appartient le diagnostic selon les 19 catégories tirées de la codification CIM-9. Généré pour chacun des diagnostics sur le formulaire AH-101-P.
REGROUPEMENT D118 (DIAGNOSTIC)	Groupe auquel appartient le diagnostic selon les 118 catégories tirées d'un regroupement de rubriques de CIM-9. Généré pour chacun des diagnostics sur le formulaire AH-101-P.

REGROUPEMENT T18 (TRAITEMENT)	Groupe auquel appartient le traitement selon les 18 catégories tirées de la Codification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux. Ce regroupement est généré par le système pour chacun des 9 traitements, s'il y a lieu.
REGROUPEMENT T99 (TRAITEMENT)	Groupe auquel appartient le traitement selon les 99 catégories tirées de la Codification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux. Ce regroupement est généré par le système pour chacun des 9 traitements, s'il y a lieu.
RÉGION DU BÉNÉFICIAIRE	Attribution numérique de la région socio-sanitaire d'appartenance du bénéficiaire. Cette donnée est générée à partir du code municipal du bénéficiaire.
DSC DU BÉNÉFICIAIRE	Attribution numérique du département de santé communautaire d'appartenance du bénéficiaire. Cette donnée est générée à partir du code municipal et du code postal (pour certaines municipalités) du bénéficiaire.
CLSC DU BÉNÉFICIAIRE	Attribution numérique du CLSC d'appartenance du bénéficiaire. Cette donnée est générée à partir du code municipal et du code postal (pour certaines municipalités) du bénéficiaire.

MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ DU BÉNÉFICIAIRE	Attribution numérique de la municipalité régionale de comté à laquelle appartient le bénéficiaire.

Une documentation plus complète du système est disponible sur demande.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MED-ÉCHO
ABRÉGÉ ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE 1

Enregistrement 1 / Correction 2 / Annulation 3 — N° d'admission 2 — N° dossier médical 3

1 Nom de l'établissement | Code 4 | Type 5 | Type d'admission 6 | N° d'assurance-maladie

2 Nom du bénéficiaire à la naissance | Prénom du bénéficiaire

3 Adresse actuelle du bénéficiaire (N°, Rue, app.) | N° de téléphone | Nationalité | Religion | État civil 7 | Date de naissance a m j 8 | Sexe 9

4 Municipalité | Comté | Province | Code postal 10 | Code municipal 11 | Statut | Depuis quand? | N° d'assurance sociale | Lieu naiss. 12

5 Adresse antérieure (en cas de changement d'adresse dans les trois derniers mois) | Date du changement an mois jour | Admission antérieure | Nb. | Âge | Responsabilité du paiement 13

6 M.D ou D.D.S recommandant | Adresse | Code | Prénom du père | Nom de fille de la mère

7 Nom de l'employeur | Adresse | Téléphone | Occupation du bénéficiaire | Code d'occupation

8 Nom de la compagnie d'assurance | N° de certificat | N° de contrat | N° de groupe | En cas d'urgence, avertir

9 Logement requis | Privé | Semi-privé | Salle | N° de chambre | Per diem $

10 N° de permis d'ambulance | N° de voiture patrouille | Date d'accident a m j 14 | Heure 0-24 | Code d'accident E 15 | Provenance du bénéficiaire | Type 16 | Code d'établissement 17

11 Date d'admission a m j 18 | Heure 0-24 | Médecin ou dentiste traitant | Code du médecin | Diagnostic d'admission | Code CIM-9 19 | État à l'adm. 20

	12 Service	Code du médecin	Nbre de jours	Diagnostic final	14 Consultation	15 Traitement	Nb	Pl	Code du médecin	Date trait. m j	Code d'anesthésiste	Tech. anes.	A.P.
1)	21	22	23	24	512	61	62	63	64	65	66	67	68
2)	25	26	27	28	513	69	70	71	72	73	74	75	76
3)	29	30	31	32	514	77	78	79	80	81	82	83	84
4)	33	34	35	36	515	85	86	87	88	89	90	91	92
13 Diagnostic	37	38	39	516	93	94	95	96	97	98	99	100
	40	41	42	517	101	102	103	104	105	106	107	108
	43	44	45	518	109	110	111	112	113	114	115	116
	46	47	48	519	117	118	119	120	121	122	123	124
	49	50	51	610	125	126	127	128	129	130	131	132

16 TUMEUR | Topo 133 | Morpho M 134 | D 135 | Topo 136 | Morpho M 137 | D 138 | Topo 139 | Morpho M 140 | D 141 | Études spéc. 142

17 Cure fermée | Curatelle | N° curatelle | Ordonnance de cour | Accident E 143 | Accident E 144 | Études spéc. 145

18 Décès Type 146 | Autopsie 148 | Mort-naissance Nombre 149 | Autopsie 150 | Masse à la naissance (Kg) 151 152 153 | Durée de la gestation (Semaines) 154 | N° de dossier de la mère 155

19 Date du congé m j 156 | Date de sortie a m j 157 | Heure 0-24 | Jours de congé temporaire 158 | Séjour total 159 | Destination du bénéficiaire | Type 160 | Code d'établissement 161

20 Renseignements supplémentaires

21

Je demande pour moi-même, ou le bénéficiaire ci-dessus nommé, les avantages de la Loi de l'assurance-hospitalisation du Québec. J'accepte de payer le supplément journalier de _____ $ pour une chambre privée ou semi-privée de soins de courte durée, ou le montant en vertu de cette loi et de ses règlements pour une salle, chambre privée ou semi-privée de soins prolongés. J'autorise l'établissement ainsi que le ou les médecins traitants ou consultants à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus aux articles 10 de la Loi de l'assurance-hospitalisation et 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont sujets aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels applicables en vertu de la copie 6. J'assume l'entière responsabilité financière de l'hospitalisation à compter de la date de congé autorisé par le médecin traitant.

I request the benefits of the Loi de l'assurance-hospitalisation du Québec for myself, or for the above named recipient. I agree to pay the day additional rate of _____ $ for a private or semi-private room for short term care or to assume the cost, as determine by this same Act and the accompanying regulations, for standard ward accommodations or a private or semi-private room for prolonged care. I authorize the establishment as well as the attending or consulting physician(s) furnish both the ministère de la Santé et des Services sociaux with all the necessary information pertinent to this hospitalization, and the Régie de l'assurance-maladie du Québec with the information required to permit recourse to the provisions under section 10 of the Loi de l'assurance-hospitalisation, and section 151 of the Loi sur les services de santé et les services sociaux. The information passed on the MSSS and the RAMQ are subject to the terms of the Act respecting access to documents held by public bodies and the protection of personal information as listed on back of copy 6. I assume full financial responsibility for hospitalisation subsequent to the date of discharge authorised by the attending physician.

Signature du bénéficiaire ou garant _____ Témoin _____

AH-101P (rev. 07-85)

LA LOI PRÉVOIT DES PEINES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION OU DE REFUS DE REMPLIR CETTE DEMANDE

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux